

Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита

А.Д. Гаибов^{1,2}, О.Н. Садриев², Э.С. Джуракулов², Д.Д. Султанов^{1,2}

¹ Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

² Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Обзорная статья посвящена важнейшим аспектам диагностики и лечения острого варикотромбофлебита (ОВТФ). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении ОВТФ, частота его грозных осложнений остаётся на высоком уровне. Наиболее серьёзной угрозой для жизни пациентов является распространение тромба в глубокие вены (ТГВ) с развитием фатальных тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА). Предотвращение вышеуказанных осложнений достигается консервативными и хирургическими методами. Несмотря на существующие методы, до сих пор, среди авторов отсутствует единое мнение о тактике предотвращения тромбоза и его осложнений. Анализ данных литературы показал, что только хирургическая профилактика ТГВ и ТЭЛА при ОВТФ без последующей антикоагулянтной терапии является ненадёжной и безопасной. Поэтому комплексный подход в лечении ОВТФ с применением современной антикоагулянтной терапии и профилактическая кроссэктомия позволяет эффективно предотвратить его фатальные осложнения.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии

Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться самым часто встречающимся ургентным сосудистым заболеванием, частота которого, по некоторым данным, достигает 17,2% [1-4].

Заболевание чаще всего развивается у пациентов трудоспособного возраста, что делает данную проблему ещё более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации. Соотношение поражения большой и малой подкожных вен варикотромбофлебитом составляет 9:1 [2].

Необходимо отметить, что ОВТФ, в основном, страдают лица женского пола, что, по-видимому, обусловлено такими факторами как беременность и роды, наличие воспалительных заболеваний органов малого таза, применение гормональных контрацептивов, ожирение и другими причинами.

Наиболее грозным вариантом течения ОВТФ является восходящий варикотромбофлебит, при котором тромботический процесс имеет тенденцию к распространению в проксимальном направлении. При этом, в связи с меньшим диаметром большой подкожной вены, по сравнению с общей бедренной, верхушка тромба в большинстве случаев остаётся не фиксированной, что создаёт реальную угрозу для развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) [5].

Так, по некоторым данным, ТГВ при ОВТФ встречается в 8,4% случаев, при этом до 40% пациентов, вследствие сочетанного тромбоза поверхностных и глубоких вен, становятся глубокими инвалидами [6-10]. Наиболее тяжёлым исходом сочетанного тромбоза является синяя флегмазия (венозная гангрена), которая встречается у 1,5% больных [9].

Тромботический процесс может переходить в глубокие вены через сафено-фemorальное и сафено-подплитеальное соустья или же через недостаточные перфорантные вены. Не случайно устье большой подкожной вены называют «инкубатором смертельных эмболий» [11].

Симптомная и бессимптомная формы ТЭЛА, обусловленные ОВТФ, встречаются до 9,2%, что в большинстве случаев диагностируется при помощи сцинтиграфии и рентгенографии лёгких [10,12-15].

К причинам, приводящим к развитию ОВТФ, относятся такие факторы как нарушение структуры венозной стенки, замедление и завихрение кровотока по расширенным венозным узлам, повышение коагуляционных свойств крови, изменение величины электростатического потенциала между кровью и внутренней стенкой венозного сосуда и постоянный вертикальный рефлюкс по подкожным венам [1,2,16-18]. Эти факторы всегда существуют при



варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей.

Так, работами А.Г. Бебуришвили и соавт. (2005) доказана роль патологического рефлюкса в развитии и прогрессировании острого варикотромбофлебита [17]. Авторы отмечают, что тромб растёт навстречу рефлюксу, т.е. рефлюкс определяет направление тромбообразования. Вместе с тем, при наличии двух рефлюксов тромб, в первую очередь, распространяется навстречу большему рефлюксу, т.е. в сторону более гемодинамически и энергетически значимого потока. При развитии тромботического процесса вне зоны воздействия рефлюкса он развивается медленно, при этом, как только верхушка тромба достигает уровня и области рефлюкса, развитие его ускоряется. Вместе с тем, при выраженном рефлюксе мощный поток крови, ударяясь в верхушку тромба, приводит к увеличению давления в этой зоне, при котором расширяется диаметр вены перед и вокруг верхушки тромба, что создаёт условия для препятствия фиксации верхушки тромба к стенке вены, в результате чего формируется флотирующий тромб [17].

Исследованием А.В. Шаталова и соавт. (2010), которое посвящено изучению значения угла впадения вены Леонардо в развитии ОВТФ, установлен гемодинамический механизм формирования варикотромбофлебита на голени, обусловленный столкновением протяжённого вертикального венозного рефлюкса по стволу БГВ и интенсивного потока крови по вене Леонардо при работе мышечно-венозной помпы голени [19]. Именно с этим авторы связывают типичное место формирования острого варикотромбофлебита на медиальной поверхности верхней трети голени.

Исследованием же Н.Г. Хорева и соавт. (2013) выявлена некоторая сезонная закономерность развития ОВТФ: в весенний период происходят такие изменения, как активация гиперкоагуляционных свойств крови, замедление тока крови, обильное потоотделение или, напротив, спазм сосудов [18].

В развитии ОВТФ определённую роль играют длительная иммобилизация и травма конечности, преклонный возраст, беременность и послеродовой период, ожирение, применение гормональных и контрацептивных препаратов, наличие неопластических процессов и тромбофилии [1,2,20]. Вместе с тем, в литературе не имеется данных относительно значения условий высокогорья и голодания во время соблюдения поста Рамадан.

Несмотря на внедрение современных ангиологических методов исследования, до сих пор встречаются случаи поздней или неправильной диагностики, ошибки в выборе метода лечения ОВТФ, главной причиной которого является несвоевременное об-

ращение пациентов в специализированные медицинские учреждения [21].

Так, по данным А.Ф. Красника (2005), частота диагностических ошибок в распознавании ОВТФ на догоспитальном этапе составляет 50%, основными причинами которого являются: недостаточные знания поликлинических врачей относительно возможных осложнений варикозной болезни, трудности в дифференциальной диагностике ОВТФ с воспалительными заболеваниями кожи и дерматитов, а также недоступность в медицинских учреждениях первичного звена современных ультразвуковых методов исследования [22].

Своевременная диагностика ОВТФ позволяет минимизировать риск развития таких тяжёлых осложнений как ТГВ и ТЭЛА. Большинство авторов приводят данные о поздних сроках обращаемости пациентов в клинику. Так, по данным А.Ф. Красника (2005), в сроки до 5 суток были госпитализированы 40% пациентов, от 5 до 10 суток – 35%, более 10 суток – 25% [22]. Такие данные приводят и В.В. Будышкин с соавт. (2012), где частота поздней госпитализации больных ОВТФ составила 8,6%, при этом тромботический процесс уже распространялся в бедренную вену [21].

Возможными причинами поздней диагностики ОВТФ могут явиться также несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью, применение различных обезболивающих средств и мазей, отказ пациентов от обследования и лечения и низкий уровень квалификации врачей первичного звена.

Главной задачей в распознавании ОВТФ является своевременная диагностика, как клиническая, так и подтверждённая ультразвуковыми методами.

Диагностика ОВТФ, как правило, основывается на клинических данных и не вызывает затруднений. Наиболее важными диагностическими признаками ОВТФ являются: наличие тромбированных, плотных, болезненных и расширенных подкожных вен, гиперемия кожи над поражёнными участками, умеренная пастозность конечности без особого ухудшения общего состояния.

При развитии таких осложнений как ТЭЛА и гнойный парафлебит, отмечается резкое ухудшение состояния больных с преобладанием признаков дыхательной недостаточности и септического процесса над клиническими признаками ОВТФ [2,23].

При распространении тромботического процесса в глубокую венозную систему, как правило, в большинстве случаев появляются отёки в нижних конечностях. Вместе с тем, на основании клинических признаков невозможно судить о протяжённости тромботического процесса по подкожным венам,



состоянии глубокой венозной системы, характере апикальной части тромба и распространённости его в глубокие вены через сафено-фemorальное, сафено-поплитеальное соустья или вены-перфоранты.

С внедрением современных лучевых методов исследования кровеносных сосудов открылся новый этап в развитии флебологии и значительно уменьшилась частота осложнений эмболического характера [24,25].

Применение ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС) позволяет достоверно выявить вышеуказанные характеристики тромботического процесса и полноценно изучить состояние поверхностной и глубокой венозных систем.

По данным большинства авторов, «золотым стандартом» при исследовании венозной системы при ОБТФ является УЗДАС в режиме цветного доплеровского картирования кровотока [1,2,26,27].

Такие преимущества УЗДАС как неинвазивность, доступность, возможность многократного применения, отсутствие лучевой нагрузки, использование одного или одновременно 2-3 режимов исследования делают его методом выбора в диагностике ОБТФ.

При тромбозах УЗДАС может дать достоверную информацию о состоянии стенок и просвете вен, наличии тромба, его характере (окклюзивный, флотирующий, пристеночный) и локализации, которые являются важнейшими моментами при определении лечебной тактики.

Чувствительность УЗДАС при ОБТФ составляет 96,8% [2,27]. Только при недостаточной информации о вышеизложенных данных, которые встречаются в 3,2% случаев, некоторые авторы прибегают к контрастной флебографии [26].

По данным большинства авторов, несоответствие границ тромботического процесса, определяемых клинически и при помощи УЗДАС, встречается в 87,1% случаев, а в 6,2% случаев выявляется бессимптомный тромбоз глубоких вен нижних конечностей [1,13,14].

Так, В.В. Булдышкин и соавт. (2012), на основании изучения протяжённости тромботического процесса, в 37% случаев выявили несоответствие клинических данных с результатами УЗДАС [21].

В исследованиях Т.А. Османова и соавт. (2008) также подтверждается высокая частота несоответствия клинических симптомов с данными УЗДАС, т.е. достоверность информации, полученной на основании дуплексного сканирования, больше чем клинические данные, о чём свидетельствовали операционные находки [24].

О.Б. Нузова и соавт. (2012) рекомендуют необходимость проведения ультразвукового исследования вен при поступлении пациентов на вторые и седьмые сутки лечения, даже несмотря на отсутствие клинических признаков проксимального распространения тромбоза, так как в эти сутки авторы чаще всего регистрировали прогрессирование тромботического процесса [28].

По некоторым данным, распространённость тромба в просвете вены происходит со скоростью 20 см в сутки [5,28]. По нашему мнению, такая скорость нарастания тромба у больных, проживающих в отдалённых горных регионах, где не имеется условий для транспортировки больных в нужные сроки, особенно в зимний период, в ближайшее время приводит к развитию ТГВ или ТЭЛА.

Вместе с тем, момент перехода тромботического процесса из поверхностных вен в глубокие протекает скрыто и далеко не всегда определяется клинически, что представляет реальную угрозу для жизни больных.

При ультразвуковой диагностике ОБТФ следует не только обнаружить тромбированный ствол подкожных вен и его притоков. Необходимо у этих больных определить нижнюю границу распространения тромбоза и оценить состояние перфорантных вен. Это позволяет выбрать оптимальный вариант консервативного или же хирургического лечения заболевания.

Вместе с тем, при обследовании пациентов с ОБТФ рекомендуется изучить состояние венозной системы не только поражённой конечности, так как в 2,3% случаев встречаются симультанные тромбозы глубоких вен противоположной конечности [2].

Несмотря на накопленный многолетний опыт, выбор метода лечения при ОБТФ остаётся одним из ключевых вопросов, так как существующие мнения часто противоречивы. Тактика лечения ОБТФ зависит от масштаба его распространения, длительности и стадии заболевания. В настоящее время имеются два направления в лечении ОБТФ: консервативный и хирургический. Независимо от метода лечения, главной задачей является предупреждение перехода тромботического процесса в глубокую венозную систему и развития ТЭЛА.

Сторонники консервативной терапии рекомендуют применение антикоагулянтов и антиагрегантов, противовоспалительных и флеботропных препаратов, а также местное лечение гепаринсодержащими гелями [24, 29-33].

Большинство авторов, являющихся сторонниками активной хирургической тактики, рекомендуют



производить паллиативную (кроссэктомия) или же радикальную (флебэктомия) операции, которые позволяют минимизировать осложнения и фатальные тромбоэмболии [5,34-36].

Объём консервативного лечения ОВТФ направлен на купирование воспалительных процессов и торможение процессов тромбообразования и включает антикоагулянтную терапию (местная и системная), местное и общее лечение воспалительного процесса, активный режим и эластическую компрессию нижних конечностей.

По мнению большинства исследователей, консервативное лечение должно проводиться в стационарных условиях [16,27,30,37]. Только при локализации тромботического процесса в БПВ ниже коленного сустава и нижней трети голени при поражении МПВ возможно амбулаторное лечение.

В качестве антикоагулянтов прямого действия на данный момент используют низкомолекулярные гепарины – фраксипарин, клексан, фондопаринокс. Из антикоагулянтов непрямого действия эффективным является варфарин. Продолжительность терапии антикоагулянтами прямого действия составляет от 3 до 7 суток.

По мнению отечественных и зарубежных авторов, только использование антикоагулянтов в комплексном лечении пациентов с ОВТФ позволяет предотвратить распространение тромботического процесса [33,38-41]. По некоторым данным, при неиспользовании антикоагулянтов в лечении ОВТФ, частота тромбоза глубоких вен составила 24% [42], а ТЭЛА – 1,3% случаев [38].

Местное лечебное воздействие на поражённом сегменте играет ключевую роль в лечении ОВТФ. Наиболее эффективным обезболивающим средством является холод, который следует прикладывать на поражённом сегменте 3-6 раз в первые 3 суток от начала процесса.

Огромную роль в снятии воспалительного процесса играет применение мазей и гелей, содержащих гепарин и нестероидные противовоспалительные препараты. Наиболее распространёнными в практике являются: гепариновая мазь, лиотон 1000, индометациновая мазь и индовазин (гель). Мазевые повязки следует накладывать 4-6 раз в сутки, при этом необходимо чередовать гепаринсодержащие мази с противовоспалительными.

Перечисленные средства местного применения не оказывают системного действия и не влияют на содержание факторов свёртывания крови, оказывают противоотёчное, антиэкссудативное, противовоспалительное и противосвёртывающее действие. Для полного рассасывания мазей и гелей

необходимо в течение 20-30 минут не бинтовать конечность.

В отношении режима все авторы рекомендуют пациентам с ОВТФ быть активными и предостерегают от длительного неподвижного стояния на одном месте. При активном режиме улучшается работа мышечно-венозной помпы голени, что приводит к улучшению кровотока в глубокой венозной системе, тем самым способствуя профилактике тромбообразования в глубоких венах.

Несмотря на углублённое изучение патогенеза и особенностей гемодинамики при ОВТФ, до сих пор существуют работы, где авторы рекомендуют строгий постельный режим и иммобилизацию поражённой конечности [37]. Как утверждают сами авторы, в подобных случаях частота перехода тромботического процесса из поверхностной венозной системы в глубокую отмечалась в 26,6% случаев. С нашей точки зрения и по мнению некоторых специалистов [2,16], такая тактика считается необоснованной.

Что же касается эластической компрессии поражённой конечности, то она всеми авторами поддерживается единогласно. Эластическая компрессия является основным компонентом как при консервативном, так и при хирургическом лечении пациентов. При бинтовании конечности происходит сдавление интактных поверхностных вен, что способствует улучшению венозной гемодинамики и уменьшению венозного застоя.

Большинство авторов, рекомендуют круглосуточную эластическую компрессию эластичным бинтом средней растяжимости в первые 10 дней заболевания [2,37,43,44]. Бинтование конечности необходимо проводить от стопы до паха. После стихания воспалительных процессов эластическая компрессия производится эластическим трикотажем 2-го класса растяжимости. Применение эластических бинтов и трикотажей после выздоровления позволяет минимизировать риск развития рецидива заболевания.

Таким образом, проведение системной и местной противовоспалительной и антикоагулянтной терапии, местная терапия холодом и мазевыми повязками и активный режим позволяют ускорить купирование патологического процесса и восстановить работоспособность пациентов в более ранние периоды.

Все виды оперативного лечения при ОВТФ делятся на две группы: паллиативные и радикальные.

Хирургическая тактика при ОВТФ зависит от локализации и распространённости тромботического процесса, давности заболевания, состояния глубокой венозной системы поражённой конечности и общего состояния больных.



Независимо от объёма хирургической операции, необходимо в первую очередь решить две основные проблемы: профилактику развития ТЭЛА и перехода тромботического процесса в глубокую венозную систему.

Для решения этих задач «золотым стандартом» является перевязка устья большой или малой подкожных вен со всеми их приустьевыми притоками (крессэктомия). Крессэктомия (КЭ) позволяет в абсолютном большинстве случаев предупредить развитие ТЭЛА и ТГВ. Вместе с тем, в литературе не имеется единой тактики её проведения в зависимости от локализации тромботического процесса.

Так, некоторые авторы являются сторонниками проведения КЭ, когда тромботический процесс находится на уровне коленного сустава [10,25]. Другие же авторы показанием к проведению КЭ считают локализацию тромботического процесса на уровне верхней или средней трети бедра [29,34,35]. Третья группа учёных показанием к проведению КЭ ставят установленный тромботический процесс в подкожных венах, при этом его локализация и протяжённость не играют решающей роли [31,36,37]. Видимо, с этим следует согласиться, так как наличие сообщения между тромбированными и глубокими венами теоретически представляет определённую опасность в плане развития тромбоэмболических осложнений. По нашему мнению, показания к КЭ должны основываться на определении уровня тромботического процесса с учётом скорости его нарастания в проксимальном направлении, состояния глубокой венозной системы и вен-перфорантов, а также общего состояния пациентов. Только тщательное изучение характера тромботического процесса способствует максимальной профилактике развития ТЭЛА и ТГВ, а также приводит к скорейшему выздоровлению пациентов.

В зависимости от времени проведения все радикальные методы хирургического лечения ОВТФ делятся на две группы: одноэтапные и двухэтапные.

Сторонники одноэтапной радикальной флебэктомии отмечают, что такая тактика является весьма обоснованной, так как при этом регистрируется меньшее число послеоперационных эмболических и тромботических осложнений, уменьшаются сроки госпитализации пациентов и связанные с этим материальные расходы [9,34,35,45-47].

Вместе с тем, по некоторым данным, при одноэтапном хирургическом лечении отмечается высокая частота таких послеоперационных осложнений как тромбоз глубоких вен (2,7%), некроз кожных краёв раны (4,2%), гематома и лимфорея из ран (14,3%), повреждение кожных нервов (21,2%), а также нагноение раны [45,48-52].

Так, Н.П. Макарова и соавт. (2009), на основании изучения морфологических изменений тромбированных вен, рекомендуют выполнение радикального оперативного вмешательства в отсроченном периоде, после стихания воспалительных процессов, но ещё до развития выраженных склеротических изменений в стенке вены и паравазальной клетчатке [53].

Такой тактики придерживаются и ряд других авторов, где на первом этапе выполняется КЭ с последующим проведением консервативной терапии в амбулаторных условиях, а радикальную флебэктомию рекомендуют проводить в сроках от 2 до 6 месяцев после стихания воспалительного процесса [5,30,32].

По мнению А.В. Пешкова и соавт. (2006), двухэтапная тактика оперативного лечения при ОВТФ по эффективности и безопасности сравнима с одномоментной флебэктомией, вместе с тем, превосходя её по косметическим результатам [54].

С позиции экономического характера, после КЭ сроки консервативного лечения и реабилитации больных продолжительны, сохраняются тромбированные вены, что значительно уменьшает эффективность консервативной терапии, а стоимость лечения увеличивается в несколько раз [34].

Кроме того, наличие не удалённых воспалительно изменённых вен сохраняет все предпосылки для развития рецидивов заболевания, которые встречаются довольно часто [55].

На данный момент, для улучшения результатов лечения больных с ОВТФ предложены такие различные методики лечения как флебоцентез, тромбэктомия из тромбированной подкожной вены с последующей стволовой склеротерапией, склеротерапия по методике «foam-form», установка имплантата из никелида титана в сафено-фemorальное соустье с флебоцентезом и подкожным лигированием тромбированных вен, КЭ с радиочастотной облитерацией тромбированных вен под контролем УЗИ, крессэктомия с поперечной флеботомией из отдельных проколов кожи, которые имеют свои преимущества и недостатки.

Другим дискуссионным вопросом является выбор хирургической тактики при тромбофлебитах, сопровождающихся переходом тромботического процесса в глубокую венозную систему.

Большинство авторов при выявлении сафено-фemorального тромбоза предлагают выполнять тромбэктомию из общей бедренной вены [2,9,10,15]. Другие исследователи при больших и продолжительных размерах тромба, с целью профилактики ТЭЛА, рекомендуют выполнять временную интраоперационную окклюзию наружной подвздошной вены, проводя



в послеоперационном периоде антикоагулянтную терапию [2,56].

По другим данным, выполнение полноценной тромбэктомии из сафено-фemorального соустья более чем через неделю от начала развития заболевания невозможно из-за плотной фиксации тромботических масс к стенкам вен. Авторы при этом рекомендуют проводить стандартную консервативную терапию, как при илеофemorальном венозном тромбозе [32].

Некоторые авторы [46,56], в случае перехода тромба в ОБВ, рекомендуют произвести венотомию БГВ и на высоте пробы Вальсальвы удалить верхушку тромба до получения отчётливого ретроградного кровотока из бедренной вены. В случае перехода тромба на подвздошную вену, авторы рекомендуют наложить жим на наружную подвздошную вену, затем выполнить тромбэктомию катетером Фогарти через сафено-фemorальное соустье [46,56].

Другие же авторы, при сочетании тромбоза поверхностных и глубоких вен, рекомендуют парциальную тромбэктомию с последующей перевязкой большой подкожной вены, а при необходимости – перевязку поверхностной бедренной вены [44,47].

Обобщая литературное сообщение с позиций различных авторов относительно данной проблемы, можно сделать заключение, что, несмотря на несущественные изменения со стороны общего состояния больных при варикотромбофлебите, существует реальная угроза развития тяжёлых осложнений. Наиболее опасными из них являются ТЭЛА и ТГВ, при которых частота инвалидности и летальных исходов остаётся высокой. Проксимальный уровень тромботического процесса, установленный по клиническим данным, значительно отличается от показателей дуплексного сканирования. Следовательно, лечебная тактика и объём консервативного или оперативного лечения должны быть окончательно установлены лишь после ультразвукового исследования сосудов с учётом общего состояния пациентов. Позиции специалистов по многим вопросам совпадают и сводятся к тому, что выбор метода и объёма лечения при ОВТФ должен быть индивидуальным. Предложенные одно- или двухэтапные операции с проведением промежуточного консервативного лечения и другие паллиативные и радикальные хирургические операции имеют право на применение в зависимости от локализации, распространённости и характера осложнений острого варикотромбофлебита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А. Современные тенденции диагностики и лечения варикотромбофлебита (обзор литературы) / Л.А. Бокерия, С.И. Прядко, А.В. Сергеев // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2008. – Т. 9, № 6. – С. 64-69.
2. Кириенко А.И. Острый тромбофлебит / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин. М. Изд-во «Литтера». – 2006. – 67с.
3. Andreozzi G.M. Superficial thrombophlebitis / G.M. Andreozzi, F. Verlato // Minerva Cardioangiol. – 2000. – V. 48 (12), Suppl. 1. – P. 9-14.
4. Factors predictive of venous thrombotic complications in patients with isolated superficial vein thrombosis / S. Quenet [et al.] // J Vasc Surg. – 2003. – V. 38, № 5. – P. 944-949.
5. Пустовойт А.А. Тактика лечения острого восходящего тромбофлебита / А.А. Пустовойт, С.Г. Гаврилов, И.А. Золотухин // Флебология. – 2011. – № 3. – С. 46-52.
6. Сабадош Р.В. Роль малой подкожной вены в развитии тромбоза глубоких вен при остром варикотромбофлебите нижних конечностей / Р.В. Сабадош // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 184-190.
7. Occult deep vein thrombosis complicating superficial thrombophlebitis / R.M. Blumenberg [et al.] // J. Vasc Surg. – 1998. – V. 27. – P. 338-343.
8. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study / H. Decousus [et al.] // Ann Int Med. – 2010. – V. 152, № 4. – P. 218-224.
9. Operative management of greater saphenous thrombophlebitis involving the saphenofemoral junction / J.M. Lohr [et al.] // Am J Surg. – 1992. – V. 164, № 3. – P. 269-275.
10. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review / I.M. Wichers [et al.] // Haematologica. – 2005. – V. 90. – P. 672-677.
11. Felsenreich F. Die «ideale» thrombectomie als behandlungsmethode der blanden venosen thrombosen (phlebothrombosen) / F. Felsenreich // Bruns Beitr Klin Chir. – 1956. – V. 192, № 1. – P. 7-41.
12. Kesteven P. Superficial thrombophlebitis followed by pulmonary embolism / P. Kesteven, B. Robinson // Royal Soc Med. – 2001. – V. 94. – P. 186-187.
13. Asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep vein thrombosis. It is useful to take a lung scan to rule out this condition? / M. Monreal [et al.] // J Cardiovasc Surg. – 1989. – V. 30. – P. 104-107.



14. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep vein thrombosis / K.M. Moser [et al.] // JAMA. – 1994. – V. 271. – P. 223-225.
15. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in superficial thrombophlebitis of the lower limbs: prospective study of 60 cases / M.L. Sobreira [et al.] // Int Angiol. – 2009. – V. 28, № 5. – P. 400-408.
16. Андрияшкин В.В. Лечение острого варикотромбофлебита / В.В. Андрияшкин, А.В. Андрияшкин, Т.Ф. Бычкова // Флебология. – 2008. – № 3. – С. 49-52.
17. Роль рефлюкса в развитии и прогнозировании острого тромбоза варикозно-расширенных вен нижних конечностей / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 8-12.
18. Хорев Н.Г. Сезонная цикличность острой артериальной ишемии и острого восходящего варикотромбофлебита / Н.Г. Хорев, Я.Н. Шойхет, М.А. Овчаров // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 19, № 4. – С. 40-43.
19. Шаталов А.В. Гемодинамический механизм развития острого варикотромбофлебита голени в бассейне большой подкожной вены / А.В. Шаталов, А.Г. Бебуришвили, А.А. Шаталов // Флебология. – 2010. – № 3. – С. 34-38.
20. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study / F.A.Jr. Anderson [et al.] // Arch Int Med. – 1991. – V. 151, № 5. – P. 933-938.
21. Булдышкин В.В. Проблемы варикотромбофлебита нижних конечностей / В.В. Булдышкин, В.В. Ганжий, А.В. Капшитарь // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 47-49.
22. Красник А.Ф. Тромбофлебит подкожных вен как urgentная проблема сосудистой хирургии / А.Ф. Красник // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 3 (41). – С. 33-34.
23. Clinical significance of superficial vein thrombosis / L. Leon [et al.] // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2005. – V. 29, № 1. – P. 10-17.
24. Османов Т.А. Диагностика и определение показаний к хирургическому лечению при варикотромбофлебите / Т.А. Османов, Э.М. Носинов, А.С. Жанбаев // Вестник КРСУ. – 2008. – Т. 8, № 5. – С. 74-76.
25. Decousus H. Superficial thrombophlebitis of the legs: still a lot to learn / H. Decousus, A. Leizorovicz // J. Thromb Haemost. – 2005. – V. 3, № 6. – P. 1149-1151.
26. Bjorgell O. Isolated nonfilling of contrast in deep leg vein segments seen on phlebography, and a comparison with color Doppler ultrasound, to assess the incidence of deep leg vein thrombosis / O. Bjorgell, P.E. Nilsson, H. Jarenros // Angiology. – 2000. – V. 51, № 6. – P. 451-461.
27. Acute superficial thrombophlebitis-modern diagnosis and therapy / M.D. Marković [et al.] // Srp Arh Celok Lek. – 1997. – V. 125, № 9-10. – P. 261-266.
28. Пути оптимизации диагностики и лечения острого варикотромбофлебита / О.Б. Нузова [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 4 (86). – С. 89-91.
29. Принципы диагностики и рационального хирургического лечения пациентов с острым варикотромбофлебитом / В.В. Бойко [и др.] // Медицина сегодня и завтра. – 2010. – № 4 (49). – С. 112-116.
30. Preliminary results of a nonoperative approach to saphenofemoral junction thrombophlebitis / E. Ascer [et al.] // J Vasc Surg. – 1995. – V. 22. – P. 616-621.
31. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis and treatment / H. Decousus [et al.] // Curr Opin Pulm Med. – 2003. – V. 9. – P. 393-397.
32. De Wees M. Non-operative treatment of acute superficial thrombophlebitis and deep femoral thrombosis / M. De Wees // In: Current therapy in vascular surgery. Philadelphia: B.C. Decker Inc. – 1991. – P. 952-960.
33. Therapeutic management of superficial venous thrombosis with calcium nadroparin. Dosage testing and comparison with a nonsteroidal anti-inflammatory agent / J.P. Titon [et al.] // Ann Cardiol Angiol. – 1994. – V. 43. – P. 160-166.
34. Хирургическая тактика при восходящем тромбозе поверхностных вен нижних конечностей / П.Г. Швальб [и др.] // Флебология. – 2002. – Т. 16. – С. 14-15.
35. Acute superficial venous thrombophlebitis: does emergency surgery have a role / J. Beatty [et al.] // Int Angiol. – 2002. – V. 21, № 1. – P. 95-93.
36. Crossectomy is ascending superficial thrombophlebitis of the leg veins / H.J. Kock [et al.] // J Zentrabl Chir. – 1997. – V. 122, № 9. – P. 795-800.
37. Hill S.L. Thrombophlebitis of the great saphenous vein – recommendations for treatment / S.L. Hill, D.H. Hancock, T.L. Webb // Phlebology. – 2008. – V. 23. – P. 35-39.
38. CALISTO Study Group. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs / H. Decousus [et al.] // N Engl J Med. – 2010. – V. 363, № 13. – P. 1222-1232.
39. Kalodiki E. Superficial thrombophlebitis and low-molecular-weight heparins / E. Kalodiki, A.N. Nicolaidis // Angiology. – 2002. – V. 53. – P. 659-663.



40. Lozano F.S. Low-molecular-weight heparin versus saphenofemoral disconnection for the treatment of above-knee greater saphenous thrombophlebitis: a prospective study / F.S. Lozano, A. Almazan // *Vasc Endovascular Surg.* – 2003. – V. 37, № 6. – P. 415-420.
41. The effect of mobilization of patients during treatment of thromboembolic disorder with low-molecular-weight heparin / H. Partsch [et al.] // *Int Angiol.* – 1997. – V. 16. – P. 181-192.
42. Progression of superficial venous thrombosis to deep veins / D.L. Chengelis [et al.] // *J. Vasc Surg.* – 1996. – V. 24. – P. 745-749.
43. Mazuch J. Treatment of thrombophlebitis varicose of lower limbs / J. Mazuch, D. Mistuna, D. Golian // *J. Asta Phlebol.* – 2001. – № 2. – P. 7-11.
44. Plettner J.L. Treatment of superficial varicose phlebitis / J.L. Plettner // *J. Mal Vasc.* – 1993. – V. 18, № 1. – P. 70-72.
45. Шаталов А.В. Отдаленные результаты хирургического лечения острого варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (количественный и качественный анализы) / А.В. Шаталов // *Вестник ВолГМУ.* – 2006. – № 1 (17). – С. 32-38.
46. Hach W. Chirurgische und konservative behandlung einer transfaszial progredierenden varikophlebitis der stammvenen und der perforansvenen / W. Hach, V. Hach-Wunderle // *Gefäßchirurgie.* – 1996. – № 1. – P. 172-176.
47. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis / A.P. Murgia [et al.] // *Int Angiol.* – 1999. – V. 18, № 4. – P. 343-347.
48. Docherty J.G. Saphenous neuritis following varicose vein surgery / J.G. Docherty, J.J. Morrice, G. Bell // *Br J. Surg.* – 1994. – V. 81. – P. 698.
49. Morrison C. Signs and symptoms of saphenous nerve injury after greater saphenous vein stripping: prevalence, severity, and relevance for modern practice / C. Morrison, M.C. Dalsing // *J Vasc Surg.* – 2003. – V. 38. – P. 886-890.
50. Sam R.C. Nerve injuries and varicose vein surgery / R.C. Sam, S.H. Silverman, A.W. Bradbury // *Eur J. Vasc Endovasc Surg.* – 2004. – V. 27. – P. 113-120.
51. Superficial thrombophlebitis and risk for recurrent venous thromboembolism / V. Schonauer [et al.] // *J Vasc Surg.* – 2003. – V. 37:834-838.
52. A prospective study of cutaneous nerve injury following long saphenous vein surgery / J.J. Wood [et al.] // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* – 2005. – V. 30. – P. 654-658.
53. Макарова Н.П. Оценка морфофункционального состояния стенки вены при поверхностном тромбофлебите в динамике / Н.П. Макарова, А.В. Пешков, Н.Б. Крохина // *Вестник Уральской медицинской академической науки.* – 2009. – № 3. – С. 29-33.
54. Пешков А.В. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / А.В. Пешков, С.А. Чукин, С.В. Корелин // *УРМЖ.* – 2006. – № 9. – С. 64-66.
55. Рецидив варикозной болезни после флебэктомии / О.Н. Садриев [и др.] // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.* – 2016. – № 1. – С. 86-90.
56. Marchiori A. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment / A. Marchiori, L. Mosena, P. Prandoni // *Semin Thromb Hemost.* – 2006. – V. 32, № 7. – P. 737-743.



Summary

Priority issues of diagnosis and treatment of acute varicothrombophlebitis

A.D. Gaibov^{1,2}, O.N. Sadriev², E.S. Jurakulov², J.D. Sultanov^{1,2}

¹ Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU;

² Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

The review article is devoted to the most important aspects of the diagnosis and treatment of acute varicothrombophlebitis (AVTP). In spite of advances in diagnosis and treatment AVTP, the frequency of its severe complications remains too high. The most serious patient's life threat is the spread of a blood clot in a deep vein (BCDV) with development of fatal pulmonary embolism (PE). Preventing these complications is achieved by conservative and surgical treatment. In spite of the existing methods of treatment among the authors there is no consensus about the tactics to prevent thrombosis and its complications. Analysis of the literature showed that only surgical prophylaxis of TDV and PE at AVTP without subsequent anticoagulation is unreliable and safe. Therefore, a comprehensive approach in treatment of AVTP with up-to-day anticoagulant therapy and preventive crossectomy can effectively prevent its fatal complications.

Key words: acute varicothrombophlebitis, deep vein thrombosis, pulmonary embolism

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гаибов Алиджон Джураевич – профессор кафедры
хирургических болезней № 2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: gaibov_a.d@mail.ru